



Programa de Atención Primaria Ryan White

Condado de San Diego | Agencia de Salud y Servicios Humanos

El Programa de Atención Primaria Ryan White (RWPC, Ryan White Primary Care) no cubre toda la atención médica. No serán cubiertos los servicios de habitación por hospitalización ni urgencias. Si se le da una remisión a Medi-Cal, usted DEBE solicitarla dentro de los siguientes 60 días después de la fecha de esta solicitud, de no ser así perderá sus beneficios RWPC. **Los pacientes que tengan otro tipo de cobertura tendrán la obligación de devolver los costos de los servicios RWPC.**

Apellido		Primer nombre		Inicial	Nº. seguro social	Apellido de soltera de la madre	
Fecha de nacimiento	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> MTF <input type="checkbox"/> FTM		Transexual	Estado vivienda <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta de habitación <input type="checkbox"/> Vive con familia/amigos <input type="checkbox"/> Instalación de Tratamiento de Abuso de Sustancias <input type="checkbox"/> Instalación de asistencia <input type="checkbox"/> Indigente		
¿Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isla del Pacífico Otra: _____					
Dirección residencial					Ciudad		
Código postal	Condado		Nº. teléfono, incluir código de área		Ingreso bruto mensual (de la solicitud ADAP) \$		Tamaño de la familia

1) ¿Cuenta con seguro de salud, Medi-Cal o Medicare? Sí No

Si la respuesta es "Sí", DETÉNGASE AQUÍ. Usted no es elegible para los servicios médicos de Atención Primaria Ryan White. Si respondió "No", continúe con la siguiente pregunta.

2) ¿Cuenta con seguro médico a través de Covered California? Sí No

Si la respuesta es "Sí", DETÉNGASE AQUÍ. Usted no es elegible para los servicios médicos de Atención Primaria Ryan White. Si respondió "No", se le pedirá que firme un formulario de aceptación indicando que usted ha recibido información sobre la inscripción en Covered California, la documentación necesaria, ó la posibilidad de incurrir una multa si se niega a inscribirse.

3) ¿Califica usted para recibir servicios médicos de atención primaria a través de VA u otra instalación militar? Sí No

Si respondió "Sí", DETÉNGASE AQUÍ y busque atención médica en el servicio de salud militar correspondiente. Si contestó "No", continúe con la siguiente pregunta.

4) ¿Vive usted en el condado de San Diego? Sí No

Si respondió "Sí", continúe con la siguiente pregunta. Si contestó "No", DETÉNGASE AQUÍ y busque atención médica en el condado en donde reside.

5) ¿Es usted un ciudadano estadounidense o ha sido un Residente Permanente Legal (LPR)? Sí No.

Esta pregunta no influye en la determinación de elegibilidad para los servicios médicos de Atención Primaria Ryan White.

6) ¿Tiene usted entre 18 y 64 años de edad? Sí No

Si contestó que "Sí", solicite Medi-Cal y continúe con la siguiente pregunta. Si es mayor de 64 años, solicite Medicare.

7) ¿Cuenta usted con un ingreso bruto mensual familiar menor al 138% del Nivel Federal de Pobreza (FPL, Federal Poverty Level)? Sí No Atención: Solicite los niveles actuales con el personal de la clínica.

Si contestó "Sí", usted debe solicitar Medi-Cal dentro de 60 días; firmar y fechar a continuación y entregarlo al personal de la clínica. Si contestó "No" y no cuenta con documentos, favor de proporcionarla dentro de los siguientes 30 días, de no ser así, no será elegible para RWPC. Si respondió "No" y presentó documentos sobre su ingreso, firme y ponga la fecha abajo y devuélvalo al personal de la clínica.

Las declaraciones previas son verdaderas a mi leal saber y entender. Yo autorizo la liberación de información de mis expedientes médicos al Condado de San Diego y al contratista administrativo del Programa de Atención Primaria Ryan White. Yo entiendo que la información que he proporcionado está sujeta a la verificación y que el ocultar o proporcionar intencionalmente información falsa resultará en la pérdida de elegibilidad para los servicios de la ley CARE de Ryan White. Yo he recibido una copia de la *Información para pacientes del Programa de Atención Primaria Ryan White* y comprendo cuáles servicios están cubiertos y cuáles no. Yo estoy de acuerdo en solicitar Medi-Cal si se me da una remisión y entiendo que se me puede dar de baja del Programa de Atención Primaria Ryan White si no solicito Medi-Cal dentro de los siguientes 60 días a la fecha de mi firma.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

El expediente médico del paciente respalda la elegibilidad RWPC; se adjunta documentación sobre ingreso. Si el paciente recibió una remisión/formulario de aceptación, marque la casilla correspondiente y adjunte una copia: _____ Medicare Medi-Cal Covered California Formulario de aceptación

Nombre del personal de la clínica: _____ Clínica: _____ Teléfono: _____

Proveedores: Dirija sus preguntas sobre esta solicitud a HIV, STD, and Hepatitis Branch llamando al (619) 293-4716.

Distribución: la hoja blanca a UnitedHealthcare con una portada **confidencial**; copia amarilla para el paciente; copia rosa para expediente del paciente. **RW-1S (Feb 2020)**